Ein Beitrag

zur

Aetiologie und Therapie

der

Hæmatocele retro-uterina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

im Juli 1894

von

Leo Spicker

aus **Elbing**, Westpreussen.

Elbing.

Buchdruckerei Reinhold Kühn.

1894.

Ein Beitrag

zur

Aetiologie und Therapie

der

Hæmatocele retro-uterina.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexander-Universität zu Erlangen

im Juli 1894

von

Leo Spicker

aus **Elbing**, Westpreussen.

Elbing.

Buchdruckerei Reinhold Kühn.

1894.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr Prof. Dr. Frommel.

Promotionsprüfung: 17. Juli 1894.

Seinem lieben Bruder

Hermann

in

Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0205

Französischen Forschern verdanken wir die erste und genauere Kenntnis der Beckenblutgeschwulst; doch nach einer Stelle des fünften Buches der Epidemieen[1]) zu schliessen, scheint auch bereits Hippocrates diese Krankheit beobachtet zu haben. Es heisst dort:

„Die Frau eines Gärtners in Helis litt an einem anhaltenden Fieber; die Arzneimittel, die sie dagegen nahm, blieben ohne Erfolg. Im Unterleib, unterhalb des Nabels, sass etwas hartes, welches über die anderen Teile hervorragte und der Kranken heftige Schmerzen verursachte.

Nachdem dies mit eingeölten Händen stark gedrückt und erweicht worden war, entleerte die Kranke sehr viel Blut durch den After, erlangte ihre Gesundheit wieder und blieb am Leben."

Von dieser Zeit an ist diese Krankheit lange nicht erwähnt worden. Erst im Jahre 1720 finden wir in den Actis medicis Berol. eine Beckenblutgeschwulst citiert, die durch eine Ruptur der rechten Tuba Fallopii bedingt war.[2])

---

[1]) Lilienhain I p. 261.

[2]) vide Küchenmeister: Ueber Haematocele periuterina. Prager Vierteljahresschrift 1870.

Pelletan[1]) veröffentlichte im Jahre 1810 einen Fall von intraperitonealer Blutung in Folge Ruptur einer Varicocele des Ovariums. Es wurde aber auf diese Befunde wenig Rücksicht genommen; ja, Laugier streift im Jahre 1833, im Dictionaire de médecine, die Frage der Beckenblutergüsse nur kurz mit wenigen Worten. Er sagt: Die Beckenhöhle kann der Sitz von verschiedenartigen Tumoren sein. . . . . Bald sind es mehr oder weniger voluminöse Cysten . . . . . bald auch Blutgeschwülste (tumeurs sanguines), wie Récamier eine solche beobachtet hat."

Der erste aber, der eine ausführliche Arbeit geliefert hat, ein klinisches Bild der Krankheit entworfen, und die Krankheit mit eigenem Namen getauft hat, war Nélaton. Er hatte seinen Zuhörern folgende Definition gegeben[2]):

Die Haematocele ist ein Tumor, der durch einen mit der Ovulation in Zusammenhang stehenden Bluterguss zu Stande kommt, seinen Sitz nur in dem vom Peritoneum umkleideten Teile des Douglas'schen Raumes hat, durch eine adhaesive Peritonitis secundär abgekapselt ist, und der den Uterus gegen die Symphyse drängt.

Seitdem hat nun diese Krankheit mit all den Fragen, die sich daran knüpfen, eine sehr eingehende Würdigung erfahren. Doch so alt wiederum wie die Geschichte der Haematocele ist, ist die Streitfrage über ihren Sitz in bezug auf den Uterus, namentlich aber auf das Peritoneum, über ihre Pathogenese und Aetiologie.

Eines allerdings ist als Kriterium der Haematocele retro-uterina immer fest gehalten worden, nämlich die

---

[1]) Clinique chirurgicale. Paris 1810. t II. p. 106.

[2]) Nélaton. Gaz. des hôp. 1851 Nr. 143, 145 et 1852 Nr. 12 und 16.

Abkapselung des Bluttumors, obgleich es nicht an Forschern gefehlt hat, die diese Bezeichnung für jede Beckenblutung, auch für freie Blutungen in die Bauchhöhle, eingeführt wissen wollten.

Wie oben erwähnt, nahm Nélaton nur einen intraperitonealen Sitz der Haematocele an. Doch schon in demselben Jahre der Publication wurde diese Theorie von Viguès[1]) angegriffen, indem er alle diese Blutgeschwülste für extraperitoneale erklärte.

Im Jahre 1851 trat dann Huguier[2]) mit der Behauptung auf: Die Haematocele sei bald ein intra-, bald ein extraperitonealer Bluterguss, und hauptsächlich um diese Frage drehte sich nun der ganze Streit. So entstanden allmählig über die Haematocole verschiedene Anschauungen und Definitionen, von denen ich hier einige citieren will:

Voisin[3]), dem wir die umfangreichste Monographie über diesen Gegenstand verdanken, blieb nach vielen genauen Beobachtungen der Ansicht seines Meisters Nélaton treu. Jedoch seien die Ergüsse zwischen die Blätter der ligg. lata nicht hierher zu zählen, sondern als Thromben zu bezeichnen. — Die Thatsache nun, dass die Blutgeschwulst sich oft nicht hinter dem Uterus, sondern neben oder gar vor ihm praesentierte, veranlasste schon Puech[4]) zur Einteilung in Haematocole retro-, pro-, latero-uterina; später kamen die Namen extrauterina[5]) und periuterina (Hegar) auf, welch letzterer auch heute noch von vielen Autoren gebraucht wird.

---

[1]) Viguès. Thèse Paris 1850.

[2]) Huguier: Bulletin de la Société de Chirurgie.

[3]) Voisin: Die Haematocele retro-uterina. Deutsch v. Langenbeck. Göttingen 1862.

[4]) Puech: Journal de Bruxelles XXXI. 1860 p. 48.

[5]) Braun: Wiener med. Wochenschrift 1861.

Trousseau[1]) wählt seine Namen von den Blutungsquellen und spricht von Hématocèle ovarienne, tubaire et cataméniale.

Gallard[2]) teilt die Haematocelen, die seiner Meinung nach intra- und extra-peritoneal sich befinden können, in spontane, d. h. solche, die aus Functionsstörungen hervorgegangen sind, und in chirurgische, in denen die Blutung Folge eines Trauma ist. Virchow[3]) nimmt blos eine intraperitoneale Haematocele an, und zwar in Form der Pelveoperitonitis haemorrhagica.

Ott[4]), der Gelegenheit hatte, zufällig eine extraperitoneale Blutgeschwulst an der Leiche einer an Typhus verstorbenen 28jährigen Fabrikarbeiterin zu constatieren, nimmt eine subperitoneale und intraperitoneale Haematocole an.

Schroeder[5]) sagt: Kann nun auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus die Möglichkeit des Vorkommens einer extraperitonealen Blutung nicht bestritten werden, ja, wird dieselbe durch die während der Geburt und im Wochenbett stattfindenden Blutergüsse ausser Zweifel gesetzt, so geht doch so viel daraus hervor (nämlich aus seinen kritischen Untersuchungen der bis dahin publicierten Fälle), dass „extraperitoneale" Blutergüsse, die zu klinischen Symptomen Veranlassung geben, ausserhalb der Zeit der Fortpflanzung ganz ungemein selten sind und, dass ein ganz sicher constatierter Fall in der gesammten Litteratur bis jetzt nicht vorliegt."

---

[1]) Trousseau: Gazette des hôp. juin 1858.
[2]) Gallard: Arch. génér. 1860.
[3]) Virchow: Die krankhaften Geschwülste p. 159.
[4]) Ott: Die periuterinen u. retrovaginalen Blutergüsse. Dissert. Tübingen 1864.
[5]) Schroeder: Kritische Untersuchungen über die Diagnose der Haematocele retro-uterina etc. Bonn 1866.

Aus dem bisher angeführten geht hervor, dass Nélaton's Theorie vielfach modificiert worden ist, ja, dass schliesslich eine grosse Verwirrung sich geltend machte, so dass die Existenz der extraperitonealen Blutergüsse sogar von Vielen ganz geleugnet wurde. Durch die oben angeführten Arbeiten von Ott, Huguier etc. war der Streit nicht abgeschlossen, erst durch mehrere Fälle von extraperitonealen Blutergüssen, die Frankenhäuser in der Züricher Klinik beobachtete, und die von Kuhn[1]) publiciert worden sind, ist der langdauernde Streit zum Ahschluss gebracht worden.

Was nun die Häufigkeit des Vorkommens der Haematocele betrifft, so gehen die Meinungen hierüber noch ziemlich auseinander; doch so viel steht fest, dass die Haematocele intraperitonealis häufiger ist als die Haematocele extraperitonealis.

Scanzoni berichtet z. B. in seinem Lehrbuch der weiblichen Sexualorgane, dass er in seiner 28jährigen Praxis nur 8 Fälle von Haematocele gesehen haben will, eine Angabe, von der Olshausen[2]) sagt: „Ich würde sie glaubwürdiger finden, wenn Scanzoni 200 gesagt hätte.“ Auch Hugenberger[3]) hat unter 593 kranken Frauen des Petersburger Hospital nur 2, Credé unter 293 Patientinnen, ebenso Spiegelberg unter 363 keine Haematocole gefunden, während Seyfert[4]) unter 1272 Fällen in 4 Jahren deren 66 anführt, d. h. über 5 %.

Frankenhäuser fand im Züricher Spital auf 320 Fälle 10 Haematocelen, also über 3%, während er in seiner Privatpraxis auf 177 Kranke nur eine, also 0,56 % aufzuweisen hatte.

---

[1]) Kuhn: Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe s. Haematoma periuterinum. Dissertation. Zürich 1874.

[2]) Arch. f. Gyn. I., 1875 p. 473.

[3]) Bericht aus dem Petersburger Hebeammeninstitut 1863.

[4]) Wiener Spital-Zeitung 1863 Nr. 35—45.

Dass die Haematocele retro-uterina die Arbeiterklasse häufiger befällt als die besser Situierten, hat wohl seinen Grund darin, dass die letzteren bei Geburten, bei der Menstruation und sonstigen Anlässen sich besser schonen können als die ersteren, und dass dem so ist, geht wohl, glaube ich, zur Genüge aus dem oben angeführten, verschiedenen Prozentsatz hervor, den Frankenhäuser angegeben. — Von meinen 11 Fällen, die mir von Herrn Prof. Dr. Frommel gütigst zur Verfügung gestellt wurden, waren in bezug auf Beschäftigung:

4 Fabrik-Arbeiterinnen,
1 Spinnerin,
3 Hausfrauen,
2 Wäscherinnen,
1 Händlerin.

In Bezug auf Alter, in dem die Haematocele auftritt, stimmen fast alle Autoren darin überein, dass die Krankheit am häufigsten zwischen dem 25. und 35. Jahre auftritt, also zu einer Zeit der grössten sexuellen Thätigkeit, und in der die Frauen durch angestrengte Arbeit am meisten äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt sind.

Schroeder[1]) giebt das Altersverhältnis bei 43 beobachteten Fällen von Haematocele folgendermassen an:

3	Kranke	zwischen	22—25	Jahren,
14	„	„	25—30	„
13	„	„	30—35	„
9	„	„	35—40	„
3	„	„	40—43	„ (incl.)
1	„	war 53 Jahre.		

Dock[2]) der 18 Fälle aus der Frankenhäuser'schen Klinik zusammengestellt hat, giebt folgendes Alter an:

[1]) l. c. S. 45.
[2]) Ueber Haematocele retro-uterina, im Zusammenhang mit den Ovarialerkrankungen. Dissertat. Zürich 76.

7 Mal zwischen 20—30 Jahren,
5 „ „ 30—40 „
2 „ über 40 (je 41) „

Im Mittel also ebenfalls 30 Jahre.

In unsern 11 Fällen trat die Krankheit auf
8 Mal zwischen 25—35 Jahren,
3 „ „ 35—40 „ (41 incl.)

Olshausen[1]) kommt zu einem etwas abweichenden Resultat: Unter seinen zusammengestellten 18 Fällen befanden sich:

8 Frauen zwischen 21—31 Jahren,
1 Frau im Alter von 37 Jahren,
9 Frauen zwischen 40—47 Jahren,

hiernach scheint es, so folgert Olshausen, als wenn die climacterische Periode keinen unerheblichen Einfluss auf die Haematocelenbildung ausübte.

Von unsern Fällen hatten
Niemals geboren keine,
1 mal geboren 3,
2 „ „ 3,
3 „ „ 1,
6 „ „ 1,
9 „ „ 1,
10 „ „ 2.

Betrachten wir nun noch das Verhältnis der Menstruation zu der in Rede stehenden Krankheit, so finden wir bei uns 5 Frauen ohne vorherige Störungen der Menstruation, 4 Frauen mit regelmässigen aber schmerzhaften Menses, 2 Frauen mit unregelmässigen Menses, ohne Schmerzen.

Nachdem wir die Haematocele retro-uterina als einen abgekapselten Bluterguss kennen gelernt haben, der mit Verdrängung des Uterus den Douglas'schen

[1]) Arch. f. Gyn. III.

Raum ausfüllt, will ich jetzt zu den verschiedenen Quellen der Blutung und zu ihren Ursachen übergehen.

Während von den früheren Autoren ein jeder die Haematocele auf ein einziges aetiologisches Moment zurückführte, hat ein genaueres Studium gezeigt, dass die Krankheit in verschiedener Weise entstehen kann. — Vorausschicken möchte ich noch, dass nach Schroeder die Haematocele nicht leicht bei bis dahin vollständig gesunden Frauen vorkommt; die grosse Mehrzahl derselben hat geboren und puerperale Erkrankungen, vor allem Perimetritiden, durchgemacht; auch Menstruationsstörungen sind sehr gewöhnlich vorausgegangen, wie unsere Fälle ebenfalls beweisen.

1. Als Quelle der Blutung nimmt die Mehrzahl der Gynaecologen gegenwärtig die Ruptur der Tuben resp. den Tuben-Abort bei Graviditas tubaria als die häufigste an.

Schon Gallard bezog 1854 in der Union médecine fast alle Haematocelen, die nicht traumatischen Ursprungs waren, hierauf, wobei er allerdings auch die tötlichen Verblutungen in die Bauchhöhle zu den Haematocelen rechnete. — In neuerer Zeit haben die meisten Autoren die Ruptur der Tubenschwangerschaften nicht nur als mögliche, sondern sogar als Hauptursache der Haematocele angesprochen. Ein so häufiger Vorläufer der Haematocele, wie das Ausbleiben der Menstruation, hatte wohl schon immer den Gedanken an beginnende Schwangerschaft nahegelegt, und zweifellos beruhen auch die meisten Haematocelen darauf. Hingegen scheint es wiederum zu einseitig, wenn Fritsch[1]) behauptet, dass die Haematocele stets eine Folge der Tubargravidität sei. Er sagt:

Es ist durchaus nicht mit Sicherheit zu beweisen, dass auf irgend eine andere Weise als durch Unter-

[1]) Die Krankheiten der Frauen. 1892.

brechung der Gravidität in der Tube die Haematocele entsteht.

Jedenfalls ist nach Veit[1]) ein sicherer Beweis für die Diagnose der geplatzten Tubenschwangerschaft der Abgang einer Decidua vera, zumal, wenn die zuvor ausgebliebene Regel bei der Patientin selbst die bestimmte Annahme der Schwangerschaft erweckt hat; man muss, so führt letzterer aus, der sich am meisten der Auffassung von Fritsch zuneigt, die Annahme dieser Entstehung für äusserst wahrscheinlich halten, wenn nach ausgebliebener Periode, „auch ohne directen Nachweis von Deciduazellen oder Chorionzotten", eine Haematocele sich bildet. „Ausser der Tubengravidität erklärt keine der sonstigen Ursachen der Haematocele das vorherige Ausbleiben der Menstruation."

Er hatte denn auch im Jahre 1877 unter 50 poliklinischen Fällen von Haematocele 10 auf das Platzen von Extrauteringraviditäten zurückgeführt, dazu kamen in neuerer Zeit 16 weitere hinzu, in denen 6 mal die mehr oder weniger grosse Wahrscheinlichkeit dieser Entstehungsweise sich nachweisen liess. Er stellte zur Unterstützung und Bestätigung seiner Angaben folgende Statistik auf: Unter Jousset's[2]) 28 Betrachtungen von Haematocele sind 9 wohl als Folge der Tubengravidität anzusprechen, die Fälle No. 5, 6, 7, 8, 12, 13, 21, 25, 28.

Aus einer anderen These von Dubousquet-Laborderie[3]), in der der Verfasser nur Fälle sammelt, wo der Coïtus als Ursache der Haematocele anzusehen sein soll, sind wohl von seinen 18 Beobachtungen 6 auf Extrauteringravidität zurückzuführen: No. 3, 5, 7, 11, 18. Aehnlich ist das Zahlenverhältnis aus der berühmten

---

[1]) Eileiterschwangerschaft. Stuttgart 1884.

[2]) Essai sur les hématocèles utérines intrapéritonéales. Paris 1883.

[3]) Considérations à l'appui d'un des variétés étiologiques de l'hématocèle utérine. Paris 1883.

Arbeit von Voisin[1]), von dessen 36 Beobachtungen wahrscheinlich 9 Fälle aus Tubenschwangerschaftszerreissung entstanden sind: 2, 3, 8, 15, 19, 27, 28, 29, 31. Von 9 Beobachtungen Engelhardt's[2]), von denen eine von Jousset citiert ist, eine andere von Gallard stammt, ist eine als hierher gehörig zu betrachten.

Von diesen 140 beliebig zusammengesuchten Beobachtungen von Haematocele würden also 40 Fälle oder 28 % auf Ruptur einer Extrauterin — wohl wahrscheinlich Tuben-Gravidität zurückzuführen sein. Von diesen 40 Fällen, — oder besser 33 mit Abzug der Fälle von Jousset, dessen Zahlen, wegen der Absicht möglichst Fälle mit Sectionen zu berichten, nicht recht hierfür brauchbar sind, — rechnet Veit weiter, starben 7 oder 25 %. — Ja Veit hält sogar die oben angegebene Zahl von 28 % für noch fast zu niedrig. Fall 3 von Zweifel[3]), der die aus Tubengraviditäten entstandenen Haematocelen Pseudohaematocelen nennt, ist auch wohl noch hierher zu rechnen, obgleich es Zenker nicht gelang, foetale Reste nachzuweisen:

Die linke Tube in ihrer abdominalen Hälfte stark erweitert, gefüllt mit missfarbener, schmutzig grauer Masse, Fimbrienende obliteriert, ganz in Adhaesionen versteckt. —

Allerdings lagen zwischen dem Entstehen der Haematocele und der Section $2^1/_2$ Monate, d. i. ein Zeitraum, in dem alles von der Bauchhöhle aus leicht resorbiert sein kann, eine Möglichkeit, die durch Leopold's Thierexperimente über in die Bauchhöhle implantierte Foeten nachgewiesen ist. — Zweifel[4]), im Gegensatz zu Veit, beanstandet diese grosse Häufigkeit der Haematocele,

[1]) l. c.
[2]) De l'hématocèle retro-utérine. Thèse. Strasbourg 1856.
[3]) Arch. f. Gyn. XXIII.
[4]) Centralbl. f. Gyn. 1892 S. 61.

hervorgerufen durch Berstung oder Abort von Eileiterschwangerschaft, weil nicht in allen angeführten Fällen der Nachweis des Foetus oder der Chorionzotten erbracht sei. Darnach würde die Zahl 28 auf 13,7 % zu reducieren sein; aus eigenen Beobachtungen rechnet Zweifel 19%; in seinen neuesten Vorlesungen über Gynaecologie giebt er 12,5% an und betont besonders, dass es doch zu weit gehen würde, in einer Statistik, in welcher die Häufigkeit dieses ursächlichen Zusammenhanges bewiesen werden soll, Alles heranzuziehen, was einigermassen der Deutung entspreche. — Von den von Gusserow[1]) veröffentlichten Fällen legen 1, 2, 5, 6 die Diagnose der geplatzten Tubarschwangerschaft sehr nahe. — Von unsern 11 Fällen sind mit Bestimmtheit 4 auf Tubar-Gravidität zurückzuführen und zwar die Fälle 1, 3, 7, 9.

Ob jemals durch das Platzen eines Haematosalpinx, bei gleichzeitiger Haematometra, das Bild einer Haematocele sich entwickeln kann, ist, nach Schroeder, sehr fraglich. In einem Falle von Reynier[2]) jedoch stammte allerdings die zur Haematocele führende Blutung aus einer rupturirten Vene an der Oberfläche eines Haematosalpinx. Auch wenn es ausnahmsweise während der Menstruation zu einer Blutung in den Kanal der Tube und dann secundär auch in die Bauchhöhle kommt, wird hierbei die Blutung zur Bildung einer Haematocele zu gering sein. Nach der Ovariotomie können solche Tubenblutungen aus dem durchschnittenen Ende der im Stiel befindlichen und mit demselben in die Bauchhöhle reponierten Tube auftreten. Lawson Tait[3]) hat 50 derartige Fälle beobachtet. Nach Rabagliati[4]) wäre diese Blutungsquelle wohl leicht zu vermeiden bei sorgfältiger

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXIX.
[2]) Frommel, Jahrb. f. Gyn. & Geb. S. 734.
[3]) Centralbl. f. Gyn. 1893 S. 78.
[4]) Centralbl. f. Gyn. 1893 S. 103.

Unterbindung der einzelnen Gefässe, also wenn man nicht die Massenligatur oder den Staffordshire Knoten ausführt.

II. Unter den Organen, die man vermöge ihrer catamenialen Functionen für die Herde der Blutung ansprechen könnte, lag es dann nahe an das Ovarium zu denken, und eine Blutung aus dem Graaf'schen Follikel in die Bauchhöhle zur Zeit der Menstruation als Ursache der Haematocele anzunehmen. Doch ist dies bei der normalen Ovulation jedenfalls nicht der Fall, da entweder gar keine Blutung oder doch nur eine ganz geringe in die Höhle des Graaf'schen Follikels hinein erfolgt; nur sehr ausnahmsweise kann nach Schroeder die Blutung eine stärkere sein. Dock[1]) bezeichnet die Blutungen aus den Ovarien als viel häufiger und ist sogar geneigt, fast alle Haematocelen auf diese Ursachen zurückzuführen. Er sagt:

Die Haematocele ist hauptsächlich ein Product der Ruptur eines Graaf'schen Follikels bei einem erhöhten Congestionszustand der Ovarien, oder bei einer vorausgegangenen oder noch bestehenden Erkrankung derselben. — Es könnte demnach eine ungewöhnlich starke menstruelle Congestion bei gesunden Ovarien oder die gewöhnliche bei pathologischen Zuständen derselben die Haematocele erzeugen.

Dies sind:

a) die einfache oedematöse Schwellung, die häufig bei Frauen vorkommt, die an chronischer Metritis und an venösen Stasen der innern Genitalien leiden;

b) die bedeutende Vergrösserung der Follikel, aus denen sich kleine Cysten entwickeln, die

---

[1]) Ueber Haematocele retro-uterina im Zusammenhang mit den Ovarialerkrankungen. Dissertat. Zürich 1876.

das Stroma des Eierstocks schliesslich comprimieren und reduzieren;

c) die Bildung von wirklichen Cysten, deren Wände dicke Gefässe tragen, deren Gewebe aber morsch und brüchig ist;

d) andere pathologische Entartungen des Ovariums: papillomatöse, sarcomatöse, carcinomatöse.

Dass in der That durch die Erkrankung der Ovarien eine Haematocele entstehen kann, dafür sprechen mehrere Sectionsberichte.[1]) In einem Präparat von Virchow soll das ganze Ovarium in eine Art Blutschwamm verwandelt gewesen sein.

Diese Erkrankungsformen bilden nach Dock fast ausschliesslich den Ausgangspunkt der Haematocelenentwickelung. — Dass dies in einem gewissen Grade der Fall ist, glaube ich sicher; ob aber ausschliesslich hierin die Veranlassung liegt, ist wohl vor der Hand auszuschliessen. Zukünftige Beobachtungen und Sectionen werden die Zweifel heben.

III. Dass durch Rückfluss des Blutes aus dem Uterus durch die Tube in die Bauchhöhle eine Haematocele entsteht, ist wohl ein sehr seltenes Vorkommnis. Allein, theoretisch gedacht, kann dies wohl zu Stande kommen, wenn bei Verschluss des Orificium des Uterus seine Höhle, und dann auch die Tuben durch das menstruelle Blut dilatiert werden, und dies schliesslich durch das abdominale Ende austritt. Diese Theorie hatte auch viele Vertreter gefunden. Olshausen beschreibt im ersten Band des Archiv für Gynaecologie einen Fall von Haematocele und Haematometra bei Atresie der Vagina infolge von Typhus.

[1]) vide: Faber, Schmidt's Jahrb. 1867, IV., 135.
Olshausen: Prager Vierteljahrschr. 107 p. 64.

Die Section ergab Rückstauung des Blutes durch die Tuben.

Ebenso beschreibt Schroeder in seinen kritischen Untersuchungen über die Haematocele retro-uterina 2 Fälle von Uterus duplex mit Haematometra der einen Seite und Austritt des stagnierenden Blutes durch die Tube in die Bauchhöhle, so dass eine Haematocele sich bildete.

Experimentell überzeugte sich Fritsch[1]) von der Möglichkeit dieses Zustandekommens, indem er in den Uterus Milch injicierte, die bei geringem Spritzendruck die Tuben passierte und zwischen den Fimbrien austrat. Houman[2]) dagegen gelang es in 9 Experimenten nur ein Mal, und zwar bei einem nulliparen Uterus.

In der Sammlung des Hallenser Entbindungs-Instituts soll sich ein Präparat befinden, an dem man die Gerinnsel von der Uterushöhle durch die Tuben bis in den Bauch verfolgen kann. Was man dagegen einwenden könnte, ist, dass die Verhältnisse am lebenden Uterus ganz andere wären; doch da es sich öfter um pathologisch veränderte Tuben handelt, so kann dieser Einwurf wohl nicht von so grosser Bedeutung sein.

IV. Blutungen aus den breiten Mutterbändern sind nach Schroeder sehr selten, doch findet man wohl gelegentlich über dicken, im breiten Mutterband verlaufenden varicösen Venen den Peritonealüberzug so verdünnt, dass, wenn sie platzen, auch ein mächtiger Bluterguss in die Bauchhöhle hinein erfolgen kann. Da die Haematocele weitaus am häufigsten vorkommt bei Frauen, die geboren haben, und die reichen Venenplexus des Beckens nach wiederholten Schwangerschaften eine ausgedednte Erweiternng zu erfahren pflegen, so war

[1]) Volkmann: Sammlung klein. Vorträge 1 –20 S. 458.
[2]) ibid.

schon theoretisch wahrscheinlich, dass diese zur Quelle der Blutung werden können.

V. Blutungen aus der Serosa des Beckens sind eine nicht seltene Ursache für Haematocelenbildung. Der erste, der auf diesen Vorgang aufmerksam gemacht hat, war Dolbeau[1]). — Virchow aber stellte, gestützt auf zahlreiche Sectionsbefunde, als gewöhnliche Pathogenese die Blutung aus neugebildeten Gefässen partiell peritonitischer Schichten der Excavationen des Bauchfells auf, indem er sagt[2]):

„Aus den Tuben erfolgen grössere Blutungen fast nur, wenn dieselben in Folge von Tubenschwangerschaften bersten und ich halte es nicht für unmöglich, dass einzelne Fälle für blosse Haematocelen genommen worden sind. Grössere Blutungen aus den Eierstöcken aber sind noch viel seltener. Nur wenn ulcerative Prozesse an den Tuben und Eierstöcken bestehen, kommen öfters Blutungen vor, und das ist namentlich bei manchen Fällen von Hydrops tubae sanguinolentus und von haemorrhagischen Cysten des Eierstocks der Fall. Für gewöhnlich stammt meiner Ansicht nach das Blut ganz oder grossentheils aus den neugebildeten Gefässen partiell-peritonischer Schichten der Excavationen."

Diese Erklärung Virchows, die wohl für intraperitoneale Haematocelen die befriedigendste wäre, da ja die Blutergüsse durch die von partiellen Peritonitiden gebildeten Pseudomembranen sofort abgesackt werden, und die meisten Anamnesen vorausgegangene Geburten oder Aborte aufweisen, an die sich Perimetritiden leicht anschliessen, ist dahin gestellt worden, dass dieselben für sehr viele, aber nicht für alle Fälle zutreffend sei. Für dieselbe hat sich besonders Schroeder, dagegen Olshausen ausgesprochen, der die Pelveoperitonitis

[1]) Gaz. des hôp. 1860 No. 35.
[2]) Die krankhaften Geschwülste. Bd. I. S. 150.

haemorrhagica nicht für die Ursache, sondern für die Folge der Blutung hält. Fritsch[1]) beschreibt allerdings einen Fall, in dem die Blutung wohl als das primäre zu deuten ist, doch Gussorow[2]) und Zweifel[3]) haben in neuerer Zeit ebenfalls vorausgegangene Peritonitis als Ursache dargethan.

In unsern Fällen lassen sich, wie ich bereits erwähnt, mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Tubar-Gravidität zurückführen: 4, in einem Fall (6) war eine Peritonitis vorhergegangen, in einem Falle (8) eine puerperale Erkrankung. In den übrigen Fällen liess sich die Quelle der Blutung nicht genau nachweisen.

Trotz all dieser für viele Fälle zutreffenden Erklärungsweisen bleiben jedoch immer noch Beobachtungen übrig, die sich in diesen Rahmen nicht einfügen lassen. Hierher gehören vor Allem die sehr frühzeitig erfolgenden Rupturen, bei denen es noch garnicht zu einer stärkeren Dehnung der Tubenwand kam, bei denen keine Contractionen vorausgingen, und bei denen auch congenitale Momente nach einer Reihe vorangegangener, normaler Geburten nicht anzunehmen sind. Hier ist, nach Kaltenbach, ein ganz anderer Erklärungsmodus gegeben, nämlich „die Anreissung des Sackes durch die an ihm inserierenden pseudomembranösen Stränge; und zwar geschieht dies auf folgende Weise:

Eine nach vorausgegangener Pelveoperitonitis mit ihrer Umgebung verlötete Tube wird schwanger. Durch die Ausdehnung des Eileiters werden die an ihm inserierenden Verwachsungsstränge allmählig zwischen ihren Ansatzpunkten straff ausgespannt. Von diesem Augen-

---

[1]) Volkmann: Klin. Vorträge No. 56.
[2]) Gusserow: Arch. f. Gyn. XXIX. 1, 2, 7.
[3]) Arch. f. Gyn. XXII., 3.

blicke an genügt jede plötzliche Dislocation des Beckeninhalts, wodurch Uterus und Tube z. B. nach abwärts gedrängt werden, um die höher oben im Becken fixierten Verwachsungsstränge von der Tube, unter Verletzung ihrer Wand, loszureissen. Eine kräftige Erschütterung, eine plötzliche Anstrengung der Bauchpresse, werden am häufigsten den Anlass geben.

Eine solche Anreissung tubarer Fruchtsäcke durch gespannte Verwachsungsstränge scheint gerade jene früher so schwer verständlichen Fälle zu erklären, in welcher die Ruptur bei einer zuvor genitalkranken Frau sehr frühzeitig und ohne ausgeprägte Vorboten, ohne vorausgehende Contractionen der Sackwand ganz plötzlich, etwa bei einer heftigen Action der Bauchpresse, eintritt.

Für den Operateur ergiebt sich hieraus die Lehre, dass er bei derartigen Laparotomieen die Beckenhöhle stets genau auf etwa blutende Stellen zu durchsuchen hat, da neben der geplatzten Tube auch andere Blutungsquellen in Betracht kommen. Gefässhaltige, flottierende Membranen müssen abgebunden, freigelegte Adhaesionsflächen übernäht werden.

Wenn nun auch aus diesen obengenannten, verschiedenen Quellen zu jeder Zeit spontan eine Blutung erfolgen kann, so bedarf es doch meist einer bestimmten Veranlassung, die die Blutung herbeiführt, und diese wird natürlich leichter eintreten, wenn, was schon Nélaton hervorhob, die Genitalorgane stark mit Blut gefüllt sind, wie z. Z. der Menstruation.

Unter den Veranlassungen kommen starke Erschütterungen des ganzen Körpers, resp. des Abdomens in Betracht, wie in unserm Fall 1, in welchem die Frau durch Fahren eines schwer belasteten Schubkarrens sich sehr angestrengt haben will.

Ferner ist nicht unwichtig in dieser Beziehung eine allgemeine Neigung zu Blutungen, wie sie bei Erkrankungen der Gefässwände überhaupt, dann bei Scorbut, Purpura und Haemophilie vorhanden ist. Auch bei acuter Phosphorvergiftung, bei der die Gefässwände fettig entarten, kommt es leicht zu Blutungen ins Gewebe des Ovarium, und dann, nach erfolgter Ruptur, auch in die Bauchhöhle[1]) — Alle Hyperaemieen der Organe des kleinen Beckens, wie sie nach Erkältungen der unteren Extremitäten und nach lange angestrengtem Sitzen auftreten, können die örtliche Veranlassung der Blutung geben. Nicht selten wird der Coitus, zur Zeit der Menstruation ausgeführt, Veranlassung zur Haematocelenbildung, ein Umstand, auf den besonders häufig von den Franzosen aufmerksam gemacht worden ist.

Der Symptomencomplex, unter dem die Haematocele auftritt, ist, obschon einigen Variationen unterworfen, dennoch fast stets ein ziemlich constanter. Nur selten ensteht die Haematocele plötzlich bei Frauen, die bis dahin völlig gesund waren. Gewöhnlich sind schon längere Zeit Beschwerden verschiedener Art voraufgegangen. Am häufigsten haben sich die Zeichen chronisch verlaufender Perimetritiden schon seit Jahren bemerkbar gemacht, oder es gehen Störungen der Menstruation voraus. Bald handelt es sich um einen verstärkten oder um einen verminderten, bald um einen verfrühten oder verspäteten, bald um einen temporär oder vollständig sistierten menstruellen Ausfluss, weswegen sich die Frauen oft schon selbst für schwanger halten; meistens handelt es sich dann wohl um Tubarschwangerschaft, deren Ausgang in Ruptur die Bildung der Haematocele herbeigeführt hat. Trotz dieser voraufgegangenen Störungen tritt die Haematocele selbst als acute Erkrankung plötzlich auf. Der häufigste,

[1]) Wagner, Virchow's Archiv Bd. 55.

man kann sagen typische Beginn ist ein jäher, überwältigender Schmerz, der die Frauen meist während der Arbeit befällt, und der nicht selten von Ohnmacht gefolgt ist. Die Betroffenen haben das Gefühl, als ob etwas im Leibe zerrissen sei, das Gesicht ist leichenblass, der Puls klein und frequent. Das Bild einer starken inneren Blutung. Dazu gesellen sich heftige Schmerzen im Unterleib, von denen Kuhn[1]) angiebt, dass sie bei den intraperitonealen Haematocelen mehr beständig seien, da sie von der Zerrung des Peritoneums abhängig sind, während sie bei den extraperitonealen Haematomen einen mehr wehenartigen Charakter haben. — Fieber wird selten durch einen Schüttelfrost, häufig durch wiederholtes Frösteln eingeleitet, doch sind die dabei auftretenden Fiebererscheinungen grossen Schwankungen unterlegen; hohe Temperaturen sind dabei sehr selten, so waren in unsern Fällen Temperaturen über 38° nur 3 Mal vorhanden, nämlich in Fall 1, 4, 9. — Das wertvollste Symptom der Haematocele ist jedoch unstreitig der Nachweis eines abdominellen Tumors, welcher oft so schnell auftritt, dass die Patientinnen selbst die plötzliche Auftreibung des Bauches bemerken, manchmal auch entsteht derselbe langsam und verschwindet wieder teilweise, um bei der nächsten Periode aufs neue wieder zu wachsen. Das Abdomen ist aufgetrieben, schmerzhaft, und, wenn die Schmerzen eine Untersuchung erlauben, so ergiebt dieselbe dann eine meist einfache Geschwulst, die bis über den Nabel reichen kann, oder man fühlt nur über der Symphyse den gehobenen, meist nach einer Seite verdrängten Uterus Bei der combinierten Untersuchung stösst der untersuchende Finger oft sofort auf eine weiche, teigige bis fluctuierende Geschwulst, die meist den Douglas hervorwölbt, d. h. die hintere Scheidenwand herabdrängt. Der Uterus ist oft als solcher

[1]) l. c. S. 90.

nicht herauszutasten die Portio vaginalis steht hoch, direct hinter der Symphysis ossis pubis, an diese meist angedrängt. — Der Erguss bildet, wie gesagt, einen Tumor, der auch durch Druck auf die verschiedenen Organe des kleinen Beckens mehrfache Symptome hervorruft:

1) durch Druck auf das Rectum erschwerten Stuhlgang;
2) durch Druck auf die Blase Harndrang, seltener Harnverhaltung, doch ist das Urinieren selbst fast stets sehr schmerzhaft;
3) durch Druck auf die Nervenplexus Schmerzen in den Beinen und Oedeme;
4) durch Druck auf den Uterus, der stark gegen die Symphyse gepresst wird, Blutstauung im Uterus und eine Hyperaemie der sämmtlichen Beckenorgane, wodurch ein blutiger Uterinausfluss, selbst profuse Haemorrhagien, sich einstellen können.

In Betreff der Diagnose uud Differentialdiagnose kann ich mich hier wohl kurz fassen, weil in den verschiedensten Lehrbücher und Monographien sehr viel darüber gesprochen ist.

Als Hauptmomente für die Diagnose möchte ich nur anführen:

1) Der plötzlich auftretende Schmerz;
2) die Erscheinungen einer inneren Blutung;
3) die Auftreibung des Abdomens und seine Schmerzhaftigkeit;
4) Die Bildung eines Beckentumors, der das hintere Scheidengewölbe herabdrängt;
5) Die Verschiebung des Uterus nach vorne nnd oben;
6) Eventuelle Uterinblutungen.

Was die Differentialdiagnose zwischen Haematocele und Haematoma periuterinum betrifft, so verweise ich hier nochmals auf die vorzügliche, oben bereits mehrfach citierte Arbeit von Kuhn.

Eine Verwechselung mit Extrauteringravidität, chronischer Pelveoperitonitis, Parametritis, Retroflexio uteri gravidi, Neoplasmen, Oophoritis etc. ist zwar sehr leicht möglich, aber bei genau aufgenommener Anamnese, sorgfältiger, objectiver Untersuchung und längerer Beobachtung wohl zu verhüten.

Was die Prognose und den Verlauf der Haematocelen betrifft, so haben sich fast alle Autoren dahin geeinigt, dass die Haematocelen, obschon schwere Erkrankungen doch keine ungünstige Prognose haben. Die meisten Haematocelen kommen durch Resorption zur Heilung, oder nehmen durch Perforation in die Vagina, Blase oder was allerdings am besten ist, durch Perforation in das Rectum, einen günstigen Weg nach aussen. — Mit Eintritt der Resorption wird die Geschwulst allmählich kleiner, indem sie härter und etwas unregelmässig knollig wird. Meistens bleibt jedoch ein Rest als harte, retro-uterine, dem Uterus fest ansitzende Geschwulst erhalten. Auch die normale Beweglichkeit des Uterus stellt sich in der Regel nicht ganz wieder her. — Bisweilen allerdings verlaufen sie auch tötlich in Folge des hochgradigen Blutverlustes, der heftigen Peritonitis, des ungünstigen Durchbruchs — eventuell in die Abdominalhöhle, oder einer prutriden Infection.

Die meisten unserer Patientinnen wollten vor vollständiger Resorption entlassen werden, was ihnen auch gewährt wurde. Die Thatsache nun, dass dieselben trotz einer Wiederbestellung sich nicht mehr haben sehen lassen, muss wohl als ein günstiges Zeichen aufgefasst werden.

Therapie.

Nicht minderer Gegenstand lebhafter Erörterung wie die Quelle der Blutung war die Therapie der Haematocele.

Expectativ-symptomatische oder chirurgische Behandlung — das war und ist bis auf den heutigen Tag die noch oft wiederkehrende Frage. Noch bis heute sind Wert und Indicationen der operativen Behandlung nicht ganz sicher gestellt. Da diese therapentische Frage aber vom höchsten practischen Interesse ist, so scheint es mir eine dankbare Aufgabe, hierauf noch einmal näher einzugehen:

In der ersten Zeit wurde die chirurgische Behandlung der Haematocele fast ausschliesslich angewendet. Noch ehe Nélaton die Haematocele als solche bechrieben hatte, behandelte Récamier[1]) mehrere Haematocelengeschwülste, indem er vom hintern Scheidengewölbe aus punctierte und die Oeffnung mit einem Bistouri erweiterte. Nach der Incision und, während die Flüssigkeit abfloss, führte er einen oder zwei Finger in die Wunde ein und löste von den Wänden die Blutgerinnsel ab, liess den Bauch durch eine Binde comprimieren, das Becken hoch lagern, und injicierte, nachdem die Flüssigkeit abgeflossen war, warmes Wasser in den Sack, bis derselbe völlig damit angefüllt war; später wurde die Wunde dreimal täglich mit warmem Wasser ausgespritzt. Die Kranken genasen, obgleich einmal Luft in die Höhle eingedrungen war, und Zeichen von Zersetzung des Inhaltes, wie foetider Geruch der Flüssigkeit, Fieber und lebhafte Schmerzen sich einstellten.

Anders verfuhr Nélaton, der anfangs auch dem Grundsatz huldigte, jede Haematocele chirurgisch zu behandeln: Er punctierte mit einem mittelstarken Troicart

[1]) Revue médicale 1841: tumeurs fluctuantes du petit bassin.

vom vorspringendsten Punkte des hintern Scheidengewölbes aus. Nachdem die Bluthöhle entleert war, injicierte er einige Tage lang unter sanftem Druck höchstens 100 Gramm warmen Wassers in den Sack und später warme Jodlösung. Dies setzte er so lange fort, bis die Flüssigkeit ihre putride Beschaffenheit verloren hatte.

Diesem Verfahren schlossen sich damals fast alle Autoren an. Hatte Nélaton aber in seinem ersten Vortrag für unbedingte operative Therapie eine Lanze gebrochen, so wurde er, und viele Operateure mit ihm, doch schon nach 2 Jahren veranlasst, nachdem er einige Fälle mit letalem Ausgang erlebt hatte, vor der stetigen Eröffnung des Blutsackes zu warnen. Er beschränkte die operative Behandlung der Haematocele auf gewisse besonders characterisierte Fälle und hauptsächlich auf 2 Indicationen:

1) Stationärbleiben der Grösse der Geschwulst.

2) Uebergang des Geschwulstinhaltes in Eiterung resp. Verjauchung.

Voisin hat in seiner bereits oben von mir angeführten umfangreichen Monographie über die Haematocele retro-uterina eine Statistik von 20 auf chirurgischem Wege behandelten Fällen aufgestellt, nach welcher 5, d. h. 25 % gestorben sind; dazu kam noch, dass von den genesenen Patientinnen mehrere nur mit knapper Not dem Tode entronnen sind. — Wenn man dieses erschreckende Mortalitätsverhältnis bei einer relativ so kleinen Operation bedenkt, so darf man sich nicht wundern, dass eine gewisse Scheu vor der operativen Behandlung eintrat und man mehr einer expectativ-symptomatischen Behandlung huldigte. In 25 Fällen Voisin's, in denen keine Kunsthülfe stattfand, kam der Ausgang in Resorption 15 Mal zu Stande. Die Zeit, in der die Resorption stattfand, ist 7 Mal angegeben:

2 Mal nach $1^1/_2$ Monaten,
3 „ „ 4 „
1 „ „ 6 „
1 „ „ 8 „

Das expectative Verhalten wurde fast von allen Gynaecologen anerkannt und angenommen bis zum Anfang der 80er Jahre. Winckel hat niemals operiert und hat auch keinen Todesfall zu verzeichnen; er spricht sich folgendermassen aus[1]):

„Je frühzeitiger das Vorhandensein einer Haematocele retro-uterina erkannt wird, je eher sie in eine zweckmässige Behandlung kommt, je weniger operative Eingriffe gemacht werden, um so besser ist die Prognose. Die Resultate operativer Eingriffe sind entschieden schlecht zu nennen; ein operativer Eingriff ist nur dann erlaubt, wenn ein Durchbruch der Geschwulst unvermeidlich ist."

Schroeder[2]) empfiehlt auch das mehr abwartende Verhalten, indem er äussert:

„Im Grossen und Ganzen muss die Haematocele symptomatisch zuwartend behandelt werden. Bei der ersten Bildung der Geschwulst spielt die äussere Anwendung der Kälte die Hauptrolle. Sind im Uebrigen keine besonders dringenden Symptome da, so beschränkt man sich auf absolute Ruhe und auf die Verabreichung leichter Abführmittel, weil dickere, an der Geschwulst vorbeigehende Faecalmassen dieselbe aufs neue reizen und sehr erhebliche Schmerzen herbeiführen. Ist der Verlauf der Haematocele ein typischer, so ist, abgesehen von der Linderung der Schmerzen durch Narcotica, eine weitere Therapie durchaus unnötig, da der Regel nach die Geschwulst sich eindickt und bis auf einen kleinen Rest resorbiert wird.

---

[1]) Winckel: Lehrb. der Frauenkrankheiten. Leipzig 1886.
[2]) Die Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane. Leipzig 1893.

Früher war die Eröffnung und Ausräumung der Geschwulst geradezu contraindiciert, da sehr gewöhnlich Eiterung und Jauchung folgten, die aus der an sich ungefährlichen Erkrankung eine das Leben bedrohende machten. Heute kann man unter dem Schutze aseptischer Cautelen das letztere vermeiden, doch wird gewöhnlich das zuwartende Verhalten vorzuziehen sein, da der Verlauf der einfachen Haematocelen, die spontan, so gut wie stets günstig verlaufen, durch Incision, Ausräumung und Drainage nicht abgekürzt wird.

In der hiesigen Klinik wurde in den letzten Jahren das expectative Verfahren ungefähr folgendermassen ausgeführt:

Zunächst musste die Kranke die Bettruhe innehalten, Wochen, ja selbst Monate lang. War die interne Blutung sehr stark, so dass die Patientinnen durch starke Anaemie sich sehr schwach fühlten, so wurden Excitantien, Chinin mit Eisen, und gute Weine verabreicht. Hielt aber die Blutung an, so zeigte Extr. fluid. Hydrastis Canadens., 3mal täglich 15 Tropfen, eine zufriedenstellende Wirkung.

Auch die Application der Eisblase wurde häufig angewendet, wohl aus 2 Gründen; einmal sollte sie die Peritonitis in Schranken halten, zweitens sollte sie die innere Blutung stillen oder doch mässigen. — Dann kamen gegen heftige Schmerzen Narcotica zur Anwendung, während Harnverhaltung und Obstipation durch den Cateter resp. durch milde Abführmittel s. Clysmata gehoben wurden. Die Resorption des Bluttumors suchte man durch Priessnitz'sche Umschläge, Einreibungen mit Ichthyol, Sitzbäder und warme Vaginaldouchen zu beschleunigen, und wurden durch diese Therapie in 7 von unsern Fällen recht zufriedenstellende Erfolge erzielt, und zwar in den Fällen No. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8.

Ein von sehr gutem Erfolge begleitetes Verfahren hat Herr Professor Dr. Frommel in den Fällen 3 und 10 angewendet, nämlich die Massage des Tumors. Dieselbe wurde, nachdem natürlich durch Priessnitz'sche Umschläge etc. die Empfindlichkeit nachgelassen hatte, in täglichen Sitzungen von anfangs 5 Minuten Dauer bis schliesslich ½ Stunde Dauer vorgenommen und hatte einen sehr befriedigenden Einfluss sowohl auf die Resorption als auch auf die Heilungsdauer, wesshalb ich an dieser Stelle ganz besonders darauf hinweisen möchte. — Endlich muss noch stets daran gedacht werden, dass manchmal mit der ersten Wiederkehr der Menstruation ein Recidiv auftritt, und ist es deshalb sehr zu empfehlen, die Patientinnen bis zum Eintritt der Menses im Bett zu halten.

Allein häufig ist man, wie schon gesagt, gezwungen, operativ vorzugehen, und zwar haben fast alle Autoren als Indication hierzu die bereits von Nélaton aufgestellten Punkten, allerdings mit geringen Zusätzen, beibehalten:

1. Wenn eine grössere Blutgeschwulst wochenlang, ohne Neigung zur Resorption zu zeigen, in gleicher Grösse bestehen bleibt und fortdauernde Schmerzen verursacht;
2. Wenn sich in der Blutgeschwulst Erscheinungen von Eiterung oder Jauchung einstellen. —

Unter diesen Umständen erscheint uns die Entleerung gerechtfertigt, weil, wenn ein Tumor wochenlang besteht, ohne Veränderungen zu zeigen, es nicht mehr wahrscheinlich ist, dass er zur Resorption kommt, sondern es weit eher zu gewärtigen ist, dass früher oder später sein Durchbruch, oder durch irgend eine Veranlassung eine Veränderung seines Inhaltes in Eiter oder Jauche erfolgt. Bedenkt man ferner, dass die meisten Patientinnen der arbeitenden Klasse angehören und für ihre und ihrer Kinder Unterhaltung meist selbst Sorge tragen

müssen, so ist es sogar unter den oben genannten Umständen geboten durch die operative Entleerung des Tumors die Kranken von den quälenden Schmerzen zu befreien, dadurch die Heilungsdauer bei weitem zu beschleunigen und besonders die Gefahr, die den Frauen durch die Veränderung des blutigen Inhalts in Eiter oder Jauche droht, abzuwenden. — Der Zeitpunkt für die Entleerung der Blutgeschwulst ist so weit wie möglich hinauszuschieben, damit nicht eine neue Blutung, besonders z. Z. der Menstruation, in die entleerte Höhle hinein erfolge aus den oft noch jungen und reich vascularisierten Wandungen. Zeigen jedoch Fröste oder hohes Fieber die Verjauchung oder Vereiterung an, so ist die Entleerung des Inhalts sofort dringend geboten und leidet keinen Aufschub; denn je länger und je mehr schädliche Secrete vom Blute aufgenommen werden, desto grösser wird die Gefahr für die Frau, desto geringer sind die Chancen, die Frau noch zu retten.[1])

Zur Eröffnung und Entleerung des Inhaltes der Haematocele wurden dann verschiedene Methoden eingeschlagen:

1. Die Punction,
2. Die Incision,
3. Die Laparotomie.

Im folgenden will ich nun auf die einzelnen Methoden näher eingehen, auf die Indicationen und Erfolge der einzelnen später jedoch erst zurückkommen.

I. Was die Punction anbetrifft, so handelt es sich in diesen Fällen darum, die quälenden, durch den Druck der grossen Geschwulst veranlassten Schmerzen zu beseitigen und die Heilung anzubahnen.

Die Punction wird am zweckmässigsten, nach gehöriger Desinfection der Scheide und unter Anwendung

[1]) Billroth und Luecke: Deutsche Chirurgie Bd. 59. Bandl: Die Krankheiten der Tuben. Ligamente etc. Stuttgart 1886.

der Simon'schen Specula von dem vorgewölbtesten Punkte des hintern Scheidengewölbes und mit einem mitteldicken, krummen oder auch geraden Troicart unter Controlle der Finger vorgenommen.

Man lässt soviel von dem eingedickten Blute, als eben durch den natürlichen Druck der Sackwände und des Bauchinhaltes herausgepresst wird, ausfliessen, weil dadurch jedes Eindringen von Luft in die Höhle verhindert wird, und vermeidet jedes heftige Auspressen der Geschwulst durch Druck auf die Bauchdecken.

Nach der Entleerung eines Theils des Inhaltes fühlen sich die Kranken in der Regel sehr erleichtert, und der Tumor fängt bald an, sich zu verkleinern.

C. v. Braun empfiehlt in seinem Buche, wenn durch die Punctionsöffnung nur sehr wenig oder zähes Blut abfliessen sollte, die Erweiterung der Oeffnung mit dem Greenhalg'schen Metrotom, Ausräumung der Höhle und antiseptische Irrigation.

Eine andere, sehr wichtige Frage scheint mir die zu sein, ob wir den Sack vollständig oder nur teilweise entleeren sollen? Mir scheint die vollständige Ausräumung des Sackes recht gefährlich aus folgenden Gründen: Wird der ganze Inhalt des Sackes herausgequetscht, so werden einmal unvermeidlich Adhaesionen des Sackes zerrissen; ferner aber aspirieren die zusammengedrückten Wände, indem sie vermöge ihrer Elasticität und der sie umgebenden Fixationen ihren Platz und ihre Form wieder einzunehmen suchen, Luft in die Höhle. Dem Zerreissen der Adhaesionen kann eine neue Blutung und Peritonitis, dem Eindringen von Luft in die Höhle Zersetzung des Inhaltes und eine tötliche Septicaemie folgen.

In früherer Zeit wurde öfters Punction mit nachfolgender Aspiration des Inhaltes ausgeführt, und citiert Daskiewicz[1]) 4 Fälle aus der

[1]) Dissertation, Breslau 1882.

Litteratur, die derartig behandelt worden sind, von denen jedoch 2 letal endigten, bei den beiden andern aber heftige Verschlimmerungen eintraten. — Diese Resultate konnten wohl wenig zur Nachahmung aufmuntern und ist dies Verfahren daher auch gänzlich verlassen. Ebenso auch die Punction vom Rectum aus, die s. Z. von Crede[1]) sehr empfohlen wurde, da die Natur selbst, wie er sagte, am häufigsten diesen Weg einschlüge, und weil die leicht Putrescenz erzeugende athmosphärische Luft dort am wenigsten schädlich werden könne. — Abgesehen davon, dass in der Litteratur auch Fälle bekannt sind, in denen auf dieses Verfahren Pyaemie und Tod folgten, führt Seyfert[2]) die Gefahren etwaiger dadurch bedingter Ulcerationen und Stricturen des Mastdarmes als Contraindication an. Er operierte stets per vaginam. —

Jedenfalls muss heutzutage die Punction vom Rectum aus, schon weil nicht genügend antiseptisch, als unzulässig betrachtet werden. —

Dass bei dem spontanen Durchbruch der Haematocele nach dem Rectum hin ein Eindringen von Darmgasen und Faecalmassen in die Abscesshöhle nicht stattfindet, erklärt sich aus dem schrägen oder gewundenen Verlauf des Durchbruchskanales, durch welchen ein ventilartiger Abschluss gegen das Darmlumen hin erzielt wird.[3])

II. Die Technik der Incision, nach der an der Erlanger Klinik operiert wurde, ist folgende: Nach gründlicher Desinfection der Scheide werden die Simon'schen Specula eingelegt und in der hintern Scheidenwand, an der prominentesten und weichsten Stelle, eine

[1]) Schmidt's Jahrb. der Medizin 1864. Bd. 123. S. 225.
[2]) ibid.
[3]) Hegar-Kaltenbach: Operative Gynaecologie. Stuttgart 1886. S. 611.

grosse, quere Incision durch die Scheidenschleimhaut gemacht. Die Blutung wird durch Umstechungsnäthe gestillt, die gleichzeitig dazu dienen, die Wundränder auseinander zu ziehen. Hierauf wird mit dem Finger praeparatorisch vorgegangen und dann die den Blutsack umgebende Schwarte durchtrennt. Jetzt wird soviel als möglich die Sackwand mit der Scheide vernäht, und der Sack mit einer 1prozentigen Lysollösung ausgespült, wobei mit dem Finger alle erreichbaren Coagula entfernt werden, so weit dies ohne combinierten Handgriff und mit Schonung der Wand der Höhle möglich ist. Dann wird die Höhle mit Jodoformgaze gut austamponiert, ebenso die Scheide, und auf die Jodoformgaze noch ein Wattetampons gesetzt. Das Operationsverfahren von Zweifel[1]) weicht von dem unsrigen besonders in einem Punkte ab, nämlich in der beständigen Irrigation der Wundhöhle.

Nachdem er, ebenso wie wir, die Tumorwände in 2 Tempi durchschnitten, irrigiert er die Höhle fast beständig vermöge seiner eigens hierzu von ihm construierten Canüle. — Mit dieser Behandlung will er recht zufrieden gewesen sein und er spricht sich demgemäss auch aus, indem er sagt:

„Ich hege die Ueberzeugung, dass auf diese Weise gemacht, die Operation der Haematocele nicht mehr so gefährlich ist, als sie bis dahin war und dass man dazu übergehen darf, die Indicationen nicht bloss negativ zu bestimmen, d. h. auf die Fälle zu beschränken, wo man nicht länger warten darf, sondern die Indicationen für die Operation zu erweitern.

III. Ganz unerwartet wurde dann von Martin auf den „Verhandlungen der gynaecologischen Section der 54. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte“ von einem neuen von ihm angewandten therapentischen

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. 22.

Verfahren bei Hamatocele berichtet, nämlich die Behandlung derselben durch Laparotomie:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle löste er zunächst die mit der Geschwulst häufig verwachsenen Gedärme, eröffnete dann die Blutgeschwulst, räumte die Höhle manuell aus, verschloss blutende Gefässe, spülte den Blutsack mit antiseptischer Flüssigkeit aus, drainierte ihn durch ein mittels der Kornzange stumpf nach der Vagina durchgestossenen Drainrohres und schloss ihn dann durch Nath nach der Bauchhöhle hin ab[1]). —

In der sich an diese Mittheilung schliessende Debatte hält Kaltenbach operatives Vorgehen selten für indiciert, empfiehlt aber in diesem Fall zur Eröffnung nach Hegar's Leichenversuchen Incision über dem Poupart'schen Bande, durch welche man mit Leichtigkeit selbst hinter das hinterste Blatt des Lig. latum vorzudringen vermag; in einzelnen Fällen kann man gleichzeitig nach Bauchdecken und Vagina hin eröffnen und drainieren. So eröffnete Hegar, bei einem aus mehreren Logen bestehenden intraperitonealen Abscess, zuerst eine zwischen Därmen abgekapselte Eiterhöhle durch Incision in der Linea alba, suchte von hier aus die Communication mit dem Beckensegmente des Abscesses im Douglas'schen Raume auf, und drainierte sodann den ganzen Hohlraum nach Scheide und Bauchdecken hin. Nach mehrwöchentlicher antiseptischer Durchspülung trat Genesung ein[2]).

Dies die verschiedenen Heilmethoden der retrouterinen Haematocele und es erübrigt mir jetzt noch zu erörtern, — an der Hand von Statistiken, — welche unter ihnen im einzelnen, gegebenen Fall zu wählen sei:

---

[1]) Martin: Das periuterine Haematom. Stuttgart 1882.

[2]) Hegar-Kaltenbach: Operative Gynaecologie. Stuttgart 1886. S. 612.

Was die Punction vom Scheidengewölbe anbetrifft, — da die vom Rectum aus den oben angeführten Gründen nicht in Betracht kommt — so habe ich bereits erwähnt, dass sie jetzt fast gar nicht mehr angewendet wird, wenigstens konnte ich in der Litteratur keinen Fall auffinden, der in neuester Zeit durch Punction behandelt wäre. Zweifel[1]) hat in seiner Arbeit über die Behandlung der Blutergüsse hinter der Gebärmutter eine Statistik der in der Litteratur bekannten durch Punction behandelten Fälle aufgestellt. Die Berechnung der Mortalität ergab unter 66 Fällen 56 Heilungen und 10 Todesfälle, d. h. 15,1 %, ein keineswegs erfreuliches oder zufriedenstellendes Resultat.

Er spricht sich deshalb auch in seinem neuesten Lehrbuch[2]) entschieden für die Incision aus, nachdem er sowohl, wie andere in neuester Zeit durchaus gute Ergebnisse mit derselben erzielt haben. Bei 27 von ihm gemachten Elytrotomien war nur ein Todesfall zu verzeichnen, der nicht einmal die Folge der Elytrotomie war, sondern der unglücklicherweise zu Stande gekommenen Durchbohrung des Fruchtsackes zuzuschreiben war. Da nun auch ferner die Heilungsdauer nach der Elytrotomie höchstens 14 Tage beträgt, so sagt er mit Recht: Unbestreitbar bedingt die Elytrotomie in allen Fällen eine bedeutende Abkürzung der ohnedies sehr langen Krankheitsdauer, und sie vermindert grosse Gefahren, welche den an grössern Hamatocelen Erkrankten selbst nach langer Dauer des Verlaufs noch drohen.

Gusserow[3]) citiert 8 mit Incision behandelte Fälle, die sämmtlich heilten; dasselbe günstige Resultat haben wir in unsern 4 Fällen, in denen wir die Incision angewandt hatten, zu verzeichnen.

---

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXII., XXIII.
[2]) Vorlesungen über klin. Gyn. Berlin 1892.
[3]) Arch. f. Gyn. Bd. XIX., Heft 3.

Im Anschluss an die von Martin veröffentlichte Operationsmethode hat sich dann eine lebhafte Discussion zwischen diesem und Zweifel einerseits, und zwischen Zweifel und Düvelius andrerseits entsponnen, in der die Anhänger der beiden verschiedenen Operationsmethoden für ihre Ansichten in die Schranken traten.

Martin hatte auf der Versammlung von 4 durch Laparotomie behandelten Fällen berichtet, von denen die 2 ersten gestorben wären. Düvelius[1]) fügt 4 weitere nach dieser Methode behandelte Fälle hinzu, die mit glücklichem Erfolge operiert worden sind. Er versucht nun die Vorzüge der Laparotomie gegenüber der Incision von der Scheide aus nachzuweisen und hebt als Vortheile derselben hervor:

1) Die Möglichkeit einer exacteren Blutstillung, da man die Blutquelle, besonders, wenn sie aus einem Recessus der Geschwulst stammt, sofort direct unterbinden könne;

2) Die exactere Entfernung der Blutgerinnsel und energischere Abschabung der Wandungen der Haematocele, was bei der Manipulation von der Scheide aus die Gefahr des Durchbruchs der Sackwandungen und eines Ergusses von eventuell veränderten Blutmassen in die Bauchhöhle in sich berge. — Die Drainage nach der Vagina hält er allerdings doch für nothwendig. —

Nach alledem bin ich doch der Meinung, dass die Elytrotomie der Laparotomie vorzuziehen sei; denn muss man auch zugeben, dass die Blutung nach Laparotomien mit Sicherheit gestillt werden kann, wenn die blutende Stelle sich in den obern Partieen des Sacks befindet, so ist es doch immerhin noch die Frage, ob dies auch der Fall ist, wenn sie in der Tiefe des Douglas'schen Raumes sitzt. — Was ferner die vollständige Ausräumung des Sackes

[1]) Arch. f. Gyn. Bd. XXIII.

betrifft, so ist auch von der Scheide aus, glaube ich, wenn die Geschwulst nicht sehr gross ist, durch eine 2—3 Finger breite Oeffnung die Ausräumung doch hinreichend gut zu machen, wie die grosse Zahl veröffentlichter Fälle mit glattem Verlauf bewiesen haben, und es unsere Fälle ebenfalls beweisen.

Ferner hat jedoch die Laparotomie auch ihre Nachteile, die nicht zu unterschätzen sind. — Erstens muss die Bauchhöhle stets eröffnet werden, dann aber platzte in den gemachten Operationen fast stets die Blutgeschwulst und entleerte sich in die Bauchhöhle. Wäre nun einmal der Inhalt septisch zersetzt, so würde selbst das sorgfältigste Auswaschen nichts nützen, sondern der Ausgang ein schlechter sein, ein Nachteil, der bei der Elytrotomie nicht in Betracht kommt. — Was man jedoch als entscheidend und ausschlaggebend für die Laparotomie, und als einen Beweis für den Vorzug derselben anerkennen müsste, ist nicht in erwarteter Weise eingetreten. Trotz der sorgfältigsten Ausräumung und Abschabung der Wand war mit einer Ausnahme in allen veröffentlichten Fällen Fieber vorhanden. — Es scheint demnach, dass eine Entzündung der Sackwand und Resorption von da aus selbst nach der gründlicheren Ausräumung schwer oder gar nicht zu vermeiden sei. Der Hauptnachteil der Laparotomie liegt in dem viel complicierteren Eingriff und der viel grösseren Umständlichkeit gegenüber der Elytrotomie.

Vergleicht man so die Chancen der Laparotomie und der Elytrotomie, so dürfte wohl die letztere mit ihrer ungleich einfacheren Technik und ihrem glatten Heilungsverlauf die Oberhand gewinnen. — Dazu fällt noch ein Umstand schwer in die Wagschale zu Gunsten der Incision: Das ist die kürzere Heilungsdauer; und das doppelt, wenn man bedenkt, dass namentlich Frauen aus den ärmeren und ärmsten Volksklassen die Trägerinnen des Leidens sind. —

Bevor ich diese kleine Abhandlung schliesse, möchte ich jedoch noch eine Operationsmethode erwähnen, die in ganz neuester Zeit von Sänger[1]) in dem Falle von Haematocele anzuwenden empfohlen wird, wenn die Kapsel der Haematocele fest genug geworden ist, d. h. ungefähr nach 2—3 Wochen; es ist dies die Ausschälung.

Er sagt: „Zwischen der Kapsel und ihrer Umgebung befindet sich stets eine feine, lockere Zwischenschicht. Darauf beruht es, dass eine solitäre Haematocele vollständig ausgeschält werden kann gleich einer allseitig verwachsenen Cyste. — Falls sie dabei bersten sollte, so ist es dadurch ermöglicht, sitzenbleibende Kapselreste abzuziehen, so dass die Hamatocele stets vollständig entfernt werden kann. Die Kapsel der solitären Haematocele wird somit nicht von der Umgebung geliefert, sondern gehört ihr selbst an, sie ist die „erstarrte Rinde" des Blutergusses und steckt erst ihrerseits in einem von Adhaesionen gebildeten Hohlraum."

In wie weit diese Ansicht richtig ist, werden wohl weitere Untersuchungen und eventuelle Versuche zu ergeben haben. Angewendet ist diese Methode bisher wohl noch nicht, wenigstens war es mir nicht möglich, einen derartig behandelten Fall in der Litteratur zu finden.

---

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1893 (S. 580).

Casuistik.

I. Fall.

Eintritt 2. VII. 87.
Entlassung den 27. VII. 87.
D. B. 41 J. Arbeiterfrau.

Erste Menstruation mit 17 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, 4—5 Tage anhaltend, mässig stark, ohne besondere Beschwerden. — Sie hat 9 Entbindungen durchgemacht, von denen 8 spontan verliefen, eine durch Wendung vollzogen wurde. Letzte Entbindung am 7. April 84. Wochenbett immer normal.

Vor 3 Wochen verspürte Patientien plötzlich einen heftigen Schmerz im Unterleib, angeblich hervorgerufen durch Fahren eines schwer belasteten Schubkarrens. — Seit dieser Zeit dauern die Schmerzen an. 4 Tage nach Auftreten des Schmerzes stellte sich eine mässige Blutung ein, die bis heute anhält. Seit ungefähr 1 Jahr bemerkte Patientin weisslichen Ausfluss aus der Scheide. Stuhlgang immer angehalten, Schmerzen im Mastdarm. — Vor 8 Tagen will Patientin gesehen haben, dass mit dem Blut ein häutiger, fleischiger Fetzen abgegangen sei und glaubte sie deshalb, sie habe einen Abgang, weshalb sie tags darauf die Klinik aufsuchte. 7 Wochen vor Eintritt der letzten Blutung war Patientin das letzte Mal menstruiert.

Status: Kräftig gebaute, grosse, etwas anaemische Frau von ziemlich gutem Ernährungszustand. — Vulva ist klaffend, mit blutigem Ausfluss gefärbt, Vagina weit. Corpus uteri ziemlich gestreckt. Im hintern Scheidengewölbe fühlt man einen Tumor, prall elastisch, den Douglas ausfüllend, sich in die Höhe verwölbend, nicht genau abzugrenzen. Corpus uteri nicht vergrössert. Der Tumor ragt, ca. kindeskopfgross, in die Bauchhöhle hinein. Rectum nach hinten verdrängt.

Therapie: Andauernde Ruhetage, Priessnitz, leichte Purgiermittel.

16. VII. Das Exsudat ist ganz hart und klein geworden.

27. VIII. Patientin fühlt sich wohl, hat keine Schmerzen und kann daher auf ihren Wunsch entlassen werden.

II. Fall.

Aufnahme den 25. X. 87.
S. A. Spinnerin. 27. Jahre.

Von ihrer einen Entbindung, vor 5 Jahren, her hatte Patientin einen Prolapsus vaginae, an dem sie anfangs des Jahres operiert wurde.

Erste Menstruation mit 16 Jahren, regelmässig aber schwach alle 4 Wochen, letzte Regel am 19. October. Am 22. X. erkrankte sie plötzlich unter Frost und heftigen Leibschmerzen; auch konnte

sie keinen Urin lassen. Dieser Zustand hält bis zum Eintritt in die Klinik an. Die schwer verständliche Patientin klagt über fortwährende Schmerzen in der Leistengegend und im Kreuz, die beim Stehen an Heftigkeit zunehmen, ebenso beim Wasserlassen und Stuhlgang. Am heftigsten sind die Schmerzen bei der alle 4 Wochen auftretenden Menses.

Status: Sehr herabgekommenes, mageres Mädchen, benommenes Sensorium, schwerhörig, Puls kräftig aber sehr frequent. Leib stark aufgetrieben durch einen prall elastischen Tumor (gefüllte Blase), der ganze Leib ist ausserordentlich empfindlich. — Vulva klaffend, Vagina schlaff. — Im hintern Scheidengewölbe fühlt man einen ziemlich harten Tumor. Corpus uteri nicht genau abzutasten, da hinter ihm ein mannskopfgrosser Tumor im Douglas, der das Corpus uteri stark gegen die Symphyse drängt. Blase bis zum Nabel ausgedehnt; Urin ist trübe.

Therapie: Nach Entleerung der Blase etwas Linderung. Bei Bettruhe und Eisblase bessert sich der Zustand der Patientin; jedoch muss sie täglich cathetrisiert werden.

31. X. Urin wird spontan entleert, derselbe ist klar.

10. XI. Obgleich sich der Tumor rasch zurückbildet, fiebert Patientin sehr hoch (bis 40,3).

22. XI. Vom Tumor fast nichts mehr zu fühlen, doch kommt Patientin durch das anhaltende Fieber sehr herunter. Da dieses wohl andern Ursprungs ist, (eventuell Pleuritis, da sie sehr viel hustet) so wird sie der medizinischen Klinik überwiesen.

III. Fall.

Aufnahme den 9. VI. 88.
Entlassung den 12. VII. 88.
P. W. 38 Jahre, Metzersfrau.

Erste Regel mit 14 Jahren, 3—4 Tage, ziemlich stark, alle 4 Wochen regelmässig. Letzte Menses begannen anfangs März und dauern die Blutungen bis jetzt mässig fort; der Ausfluss war sehr schleimig und übelriechend. Einmal will Patientin festere Bestandtheile, wie sie sagt, Fleischfetzen darin bemerkt haben. — Sie hat 10 mal spontan geboren, Schwangerschaften und Wochenbette normal; letzte Entbindung August 87.

Patientin giebt an, infolge der seit anfangs März anhaltenden Blutungen, die ihr nur unbedeutende Schmerzen verursachten, in den ersten Wochen keinen Arzt consultiert zu haben. — Am 11. April bekam sie plötzlich Schüttelfrost und Erbrechen, weswegen sie sich zu Bett legte und einen Arzt rufen liess, der Lungen- und Darm-Entzündung constatiert haben soll. Nach Heilung derselben diagnosterierte er auch ein Gebärmutterleiden, weshalb er sie der hiesigen Klinik überwies.

Status: Kräftige, etwas blasse Frau, Leib etwas aufgetrieben. Vom Nabel abwärts fühlt man einen grossen, festen Tumor, der ins kleine Becken hineinreicht.

Vulva klaffend, Vagina mässig weit, entleert schleimiges Secret, das hintere Scheidengewölbe durch den Tumor vorgewölbt.

Uterus klein, ganz nach vorne an die Symphyse gedrängt, geht nach hinten in den Tumor über.

Therapie: Nachdem durch Priessnitz die Empfindlichkeit nachgelassen, wird mit Massage des Tumors begonnen, in täglichen Sitzungen von anfangs 5 Minuten, bis später $^1/_2$ Stunde Dauer.

25. VI. Der Tumor wird härter und kleiner.

1. VII. Der Uterus ist bereits bequem abzugrenzen, ebenso die Tuben; der Tumor ist knollig und kleiner.

6. VII. Nur noch ein ganz kleiner Beckentumor.

12. VII. Patientin fühlt sich ganz wohl; steht auf und wird auf Wunsch entlassen.

IV. Fall.

Aufnahme den 2. III. 90.

Entlassung den 20. IV. 90.

M. S. 32 Jahre, Arbeiterin.

Menses mit 16 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, anfangs ein Paar Tage lang, seit ein Vierteljahr 5—6 Tage lang, ohne Schmerzen. Vorletzte Regel am 6. Januar; am 25. Januar trat die Regel bereits wieder ein und blutet Patientin seit dieser Zeit fast ununterbrochen. Patientin hat 6 Entbindungen durchgemacht; anfangs September 89 einen Abort im 3. Monat. Seit dieser Zeit dauern die Menses 5—6 Tage und sind stärker. Vor 3 Wochen trat plötzlich heftiger Harndrang ein mit Unmöglichkeit den Urin zu entleeren; der herbeigerufene Arzt cathetrisierte. Es stellte sich auch das Gefühl des Drängens nach unten ein, dabei auch öfters Schmerzen im Leib. Stuhlgang seit 6—7 Wochen schmerzhaft, besonders bei hartem Stuhl.

Status: Schwächliche, etwas anaemische Frau; Leib bei Berührung nicht empfindlich; Vulva klaffend, Vagina glatt und weit; — Uterus ist nach vorn gegen die Symphyse und in die Höhe gedrängt; hinter demselben befindet sich ein circumscripter, bis 3 Finger unterhalb des Nabels reichender, prall elastischer Tumor; links vom Uterus geht die verdickte Tube ab; Ovarien nicht zu fühlen.

3. III. In Narcose wird die Probepunction des Tumors von der Scheide aus mit der Pravaz'schen Spritze gemacht: es entleert sich dunkelbraun rotes, dickflüssiges Blut. — Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

5. III. Mässig anhaltende Blutung aus dem Uterus: Uterus-Ausspülung mit 2prozentiger Carbollösung.

10. III. Blutung hat heute aufgehört.

11. III. Extr. fluid. Hydrast. Canadens. 3 mal täglich 15 Tropfen. Patientin klagt gegen Abend über schmerzhafte, krampf-

artige Contractionen im Unterleib, und wird ihr deswegen eine Morfiuminjection gemacht. Mit Hydrastis wird infolge dessen aufgehört.

23. III. Status idem.

24. III. In Narcose wird im hinteren Scheidengewölbe eine grosse, quere Incision gemacht, dadurch der Tumor eröffnet. Nun wird vordere und hintere Wundwand mit je einer Nadel durchstochen und ein Seidenfaden durchgeführt; dadurch lässt sich durch Zug eine ziemliche Eingangsöffnung herstellen. Aus der Incicionsöffnung quillt geronnenes, bläulich-rotes Blut; es wird nun mit einer stumpfen Curette der grösste Theil der Blutcoagula aus der Höhle herausgelöffelt, dann mit 2 Fingern eingegangen, und, was der weichen, höckrigen Wand der Höhle noch anhängt, herausgenommen, soweit dies ohne combinierten Handgriff und mit Schonung der Wand der Höhle möglich ist, — die Höhle hat eine enorme Grösse und reicht bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse nach oben; — Darauf Ausspülung mit zweiprozentiger Carbollösung und Verstopfung mit Jodoformgaze. Die Scheide wird ebenfalls mit Jodoformgaze ausgestopft, auf diese noch einige Wattetampons gesetzt.

26. III. Blutung aus dem Uterus 5 h. morgens 38,6 Temperatur. Die Jodoformgaze wird aus der Wundhöhle entfernt, dieselbe mit dreiprozentiger Carbollösung ausgespült. Neue Jodoformgaze eingelegt, ebenso Tamponade der Scheide mit solcher; abends 37,3 Temp.

27. III. Geringe Blutung ex utero.

29. III. Blutung hat aufgehört. Es wird nun jeden zweiten Tag die Höhle mit Carbollösung (2 %) ausgespült, dann die Höhle und Scheide immer mit Jodoformgaze tamponiert.

10. IV. Gänzlich fieberfreier Verlauf. Die Höhle wird zusehends kleiner.

20. IV. Die Patientin muss auf Wunsch entlassen werden. — Bei der Entlassung ist nur noch ein ca. 7 cm. langer, bleistiftdicker Gang offen.

V. Fall.

Aufnahme den 9. III. 90.
Entlassung den 23. IV. 90.
G. B. Schustersfrau, 38 Jahre.

Menses mit 19 Jahren, immer sehr stark, 10—12 Tage lang, regelmässig alle 4 Wochen; einige Tage vorher mässige Beschwerden im Kreuz und in den Beinen. — Letzte Regel vor 10 Wochen. Patientin hat 10 spontane Geburten gehabt, Wochenbett normal, hat nur 3—4 Tage gelegen. Vor 11 Jahren einen Abort im 4. Monat, ärztliche Hülfe war anwesend, Wochenbett normal.

Seit einem Jahre beständige Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibs; — Menses bis vor 10 Wochen stets regelmässig, dann 4 Wochen Cessatio, dann trat (vor 6 Wochen) die Regel wieder ein, 8 Tage lang anhaltend. Der Patientin fiel auf, dass das Blut sehr hell war. Beim Eintritt dieser Blutung vermehrte

Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibs; zugleich traten Schmerzen beim Urinlassen auf mit vermehrtem Harndrang, dabei aber Unmöglichkeit grössere Mengen Urins zu entleeren; dieser Zustand besteht noch fort. Da Patientin noch Ohnmachts- und Schwindelanfälle bekam, liess sie 8 Tage darauf einen Arzt rufen, der ihr blutstillende Tropfen gab. — Patientin blutet jetzt seit 6 Wochen bald mehr, bald weniger. Stuhlgang mit geringer Schmerzhaftigkeit verbunden. —

Status: Sehr anaemische, etwas abgemagerte Frau; der Leib ist etwas weich, nicht schmerzhaft, Vulva hinten etwas klaffend; Vagina glatt, mässig weit. Uterus nach vorn und oben gegen die Symphyse gedrängt, Vaginalportion sieht nach vorn; Corpus uteri oberhalb der Symphyse zu fühlen; der Douglas'sche Raum ist vorgewölbt durch eine prall elastisch sich anfühlende Tumormasse; dieser Tumor geht seitlich bis an den Beckenrand und ist noch hinter dem Uterus bis 3 Finger oberhalb der Symphyse zu fühlen; links ragt der Tumor bis mehrere Finger seitlich von der Linea alba herüber. Anhänge nicht abzutasten.

Therapie: Bettruhe, Priessnitz. Extr. fluid. Hydrastis Canadens., da sich aus dem Muttermund mässige Massen dunkeln Blutes entleeren.

17. III. Blutung hat aufgehört.

23. IV. Auf Wunsch der Patientin Entlassung, obgleich noch öfters Schwindelanfälle auftreten, und sich Blut aus den Genitalien entleert.

VI. Fall.

Aufnahme den 13. II. 91.
Entlassung den 12. IV. 91.
R. A. Vergoldersfrau, 26 Jahre.

Menses mit 15 Jahren, 6—7 Tage dauernd, mittelmässig stark, alle 4 Wochen wiederkehrend; letzte Regel vor 3 Wochen. Patientin hat 2 spontane Entbindungen mit normalen Wochenbetten durchgemacht, letzte Entbindung vor $^1/_2$ Jahr. — Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib, besonders in der linken Seite. Vor ungefähr 8 Wochen ist sie unter heftigen Schmerzen im Unterleib mehrmals ohnmächtig geworden. — Stuhlgang ist sehr erschwert, Wasserlassen früher auch jetzt normal.

Status: Blasse, gut genährte Frau; Uterus etwas vergrössert; hinter demselben fühlt man bis zum Beckenrand hin eine feste, pralle Resistenz, die das ganze Becken ausfüllt. Starke Empfindlichkeit des Abdomen und Scheidengewölbes.

Therapie: Bettruhe Priessnitz, heisse Eingiessungen.

15. II. Untersuchung in Narcose: Uterus bereits frei und gut abgrenzbar; besonders links ist die Resorption sehr vorgeschritten, der ganze Erguss bedeutend verkleinert. — Patentin klagt über Appetitmangel und Schmerzen in der Magengegend.

6. III. Bettruhe und Priessnitz fortgesetzt.

8. III. Resorption schreitet gut fort. Patientin wird auf Wunsch nach Hause entlassen mit strengen Verhaltungsmassregeln: Ausspülungen und Sitzbäder angeordnet. Nach 4 Wochen wiederbestellt.

12. IV. Resorption vollständig. Leicht entzündliche Verwachsungen.

VII. Fall.

Aufnahme den 6. VII. 91.

Entlassung den 1. VIII. 91.

E. K. 25 Jahre, Arbeiterin. Menses mit 15 Jahren; 3—4 Tage, mässig stark, alle 4 Wochen, ohne Beschwerden. — 2 spontane Geburten mit normalen Wochenbetten. Am 7. Mai d. J. bekam Patientin, nachdem die Regel 5 Wochen ausgeblieben war, eine heftige Blutung. Mit dem Blute gingen Fetzen ab, so dass der behandelnde Arzt einen Abort diagnostisierte. Patientin erkrankte darauf fieberhaft, hatte sehr heftige Schmerzen im Unterleib und musste seitdem das Bett hüten. Da die Blutungen immer noch anhalten, sie ausserdem noch Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs empfindet, so sucht sie auf Veranlassung des Arztes die Klinik auf. Stuhlgang regelmässig, Wasserlassen jetzt normal, nachdem sie vorige Woche verschiedene Male cathetrisiert wurde.

Status: Sehr heruntergekommene, stark anaemische Frau. Uterus nicht vergrössert, etwas nach vorn gedrängt und nach rechts stark verlagert; hinter dem Uterus ein Tumor von fester, harter Consistenz; er reicht nach unten bis in den Douglas, ragt nach oben bis weit über die Symphyse hinauf und füllt besonders nach links das Becken aus. Ovarium beiderseits normal.

Therapie: Heisse Eingiessungen, Ichthyol und Massage.

20. VII. Beschwerden lassen nach. Tumor verkleinert sich; tägliche Massage und Ichthyol fortgesetzt.

1. VIII. Alle Beschwerden beseitigt. Patientin geheilt entlassen.

VIII. Fall.

Aufnahme den 17. VIII. 91.

Entlassung den 9. IX. 91.

S. E. 31 Jahre, Händlerin. Menses mit 15 Jahren, in den ersten 5 Jahren unregelmässig wiederkehrend. Nach der Entbindung im 21. Jahre traten die Menses regelmässig alle 4 Wochen auf bis vor einem Jahre; seit dieser Zeit kommen sie stets 5 Tage zu früh. Letzte Regel vor 5 Wochen. — Eine Entbindung vor 10 Jahren, Zangengeburt; Nachgeburt ist manuell gelöst worden; im Wochenbett soll sie öfters gespült worden sein. Die zweite Entbindung im Jahre 85 spontan mit normalem Wochenbett. — Während ihrer letzten Regel vor 5 Wochen musste Patientin hart arbeiten und bekam darauf heftige Schmerzen im Unterleib, so dass sie ärztliche Hülfe in Anspruch nahm, unter dessen Behandlung sie sich bald

erholte. Vor 8 Tagen traten die Leibschmerzen von neuem auf, und suchte Patientin deshalb auf Rath des Arztes die hiesige Klinik auf.

Stuhlgang angehalten, nur auf Clysma erfolgend; Wasserlassen normal.

Status: Gut genährte, etwas stark anaemische Frau.

Uterus ist nicht weit abzutasten, ringsum von Exsudatmassen fest umgeben, und zwar so, dass die innern Genitalien von der Portio ab darin eingebettet sind. Ohne Narcose untersucht giebt Patientin bei Belastung des Scheidengewölbes die lebhaftesten Schmerzensäusserungen von sich.

Therapie: Heisse Eingiessungon, Priessnitz, Bettruhe, Sitzbäder.

26. VIII. Bedeutende Besserung. Therapie fortgesetzt.

9. IX. Der Uterus ist bedeutend freier geworden, wenngleich noch im Douglas eine mittelmässige Resistenz besteht. Die Schmerzhaftigkeit ist vollkommen beseitigt und kann deshalb die Patientin auf ihren Wunsch entlassen werden.

IX. Fall.

Aufnahme den 30. XI. 92.
Entlassung den 4. I. 93.

F. K. 29 Jahre, Fabrikarbeiterin. Menses seit dem 13. Jahre, 10 Tage dauernd, sehr stark, alle 14 Tage wiederkehrend. Dieser Zustand dauerte bis zum 20. Lebensjahre an, zu welcher Zeit Patientin wegen starker Schmerzen im Unterleib und im Kreuze in hiesiger Klinik aufgenommen war. Nach der Entlassung von hier kehrte die Regel alle 4 Wochen wieder, regelmässig, sehr stark, jedoch nur 3 Tage anhaltend. Seit dem 25. August blieb die Regel gänzlich aus. Sie hat eine Fehlgeburt im 3. Monat am 18. resp. 19. Nov. durchgemacht. — Nach Angabe der Patientin sei an genanntem Tage ein hühnereigrosser Blutklumpen unter heftigen Kreuzschmerzen und starken Blutungen abgegangen; der consultierte Arzt constatierte darin Eihautfetzen. — Patientin klagt jetzt über heftige Schmerzen in der rechten Leistenbeuge und im Kreuze. Auch beim Wasserlassen hat sie seit 4—5 Wochen starke, schneidende Schmerzen. Seit dem 19. XI. blutet sie ununterbrochen ziemlich stark, so dass sie ärztliche Hülfe in Anspruch nahm; da jedoch die Schmerzen immer mehr zunahmen, so überwies der Arzt die Patientin der hiesigen Klinik.

Status: Mittelgrosse, blasse Person. Leib flach, in der rechten Unterbauchgegend leicht aufgetrieben; bei der Palpation fühlt man über der Symphyse eine, hauptsächlich nach rechts, und hier bis 2 Querfinger unter den Nabel reichende, prall elastische, auf Druck enorm schmerzhafte Resistenz, deren Grenzen nicht deutlich zu fühlen sind. — Die Scheide ist glatt und weit; beträcht-

licher Blutabgang. — Bei der innern Untersuchung findet man die Portio nach links verdrängt und der Symphyse dicht anliegend durch einen fast das ganze kleine Becken ausfüllenden, den Douglas stark vorwölbenden Tumor, von prall-elastischer Consistenz, der in den oben erwähnten Tumor unmittelbar übergeht. Der Tumor füllt die rechte Beckenhälfte vollkommen aus und ragt sogar teilweise in die linke hinüber. Der Uterus selbst liegt der vorderen Fläche des Tumors so auf, dass sein Fundus die Symphyse um 3 Querfinger Breite nach links überragt.

Therapie: Bettruhe, Priessnitz 38,3 Temp.

Der Tumor veränderte sich nur darin, dass seine Consistenz eine festere wird; auch geht die Schmerzhaftigkeit bei der Palpation etwas zurück, ebenso lassen die spontanen Schmerzen nach.

3. XII. Nach sorgfältiger Desinfection wird vom hintern Scheidengewölbe aus bei einer Probepunction eine theerartige Masse entleert. (microscop. Untersuchung ergab: in Zerfall begriffene rote Blutkörperchen, weisse Blutkörperchen etwas vermehrt, keine Microorganismen.

9. XII. Querer Schnitt im hintern Scheidengewölbe; die Blutung durch Umstechungsnäthe gestillt, die gleichzeitig dazu dienen, die Wunde auseinander zu ziehen. Hierauf wird mit dem Finger vorgegangen und nach kurzen Bemühungen die den Blutsack umgebende Schwarte durchtrennt, worauf sich im Strom theerartiges Blut, vermischt mit dicken Blutgerinnseln entleert. Dann wird, soweit als möglich, die Sackwand mit der Scheide vernäht, und der Sack mit Lysol (1%) ausgespült, wobei mit dem Finger alle erreichbaren Coagula entfernt werden. Die ganze entleerte Masse mag ca. 1 Liter betragen; hierauf wird der Sack und die Scheide mit Jodoformgaze fest tamponiert. Abends klagt Patientin über starke Schmerzen, die eine Morfium-Injection nothwendig machen; Puls beschleunigt und etwas schwach. — Eine genauere Durchsicht des entleerten Blutes ergab keinerlei Eibestandteile.

10. XI. Das Befinden der Patientin ist heute ein recht gutes, besonders ist der Puls kräftiger.

11. XI. Heute die vorgelegte Watte etwas übel riechend; die Tamponade wird daher entfernt; an derselben hängen einige Blutcoagula; die Gaze selbst ist stark blutig durchtränkt. — Spülung des Sackes mit Lysol (1%); erneute leichte Tamponade; der Urin zeigt keine Jodreaction.

14. XII. Völliges Wohlbefinden; serös-blutige Secretion, keine Schmerzen; Spülung des Sackes, der sich bedeutend verkleinert hat. Entfernung der Näthe.

16. XII. Abends 38,2 Temp., nach Spülung Abfall. Es wird nunmehr jeden 2.—3. Tag der Sack gespült, und immer wieder Jodoformgaze eingeführt.

26. XII. Jodoform weggelassen. Jeden Tag 2 Mal Spülung der Scheide mit 1%tigem Lysol. Völliges Wohlbefinden. Patientin gekräftigt.

28. XII. Patientin ausser Bett.

4. I. Mit kleiner, flacher, gut granulierender Wunde im hintern Scheidengewölbe kann Patientin auf Wunsch entlassen werden. Uterus liegt retroponiert; hinten und etwas nach rechts von ihm ein kleiner, ca. gänseeigrosser Tumor, der mit dem Uterus fest zusammenhängt; er ist von etwas weicher Consistenz, auf Druck schmerzhaft. — Wiederbestellt. —

X. Fall.

Aufnahme den 8. VI.
Entlassung den 5. VIII.
D. B. 31 Jahre, Dienstmagd.

Menses mit 15 Jahren, sehr stark, 5tägig; während der ersten 3 Tage bettlägerig; regelmässig alle 4 Wochen, gleich stark 5 Tage bis Ende April des Jahres, wo eine sehr starke 4tägige Blutung auftrat. 8 Tage später ein 2 Tage anhaltender, weisser, mit Blut untermischter Ausfluss; letzte Regel nach weiteren 14 Tagen (28. Mai), 3 Tage lang, stark, Blut dunkelroth, flüssig.

Eine spontane Entbindung am 20. Februar 82, Wochenbett normal, Patientin klagt ungefähr seit 4 Wochen über Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs, die besonders bei kleinen Anstrengungen sich fühlbar machen. Beim Stuhlgang und Wasserlassen sind die Schmerzen intensiver.

Status: Kräftige Person. —

In der Scheide kommt man sofort auf die nach vorn verdrängte Vaginalportion; dieselbe ist zapfenförmig. An die Portio schliesst sich ein praller Tumor von glatter Oberfläche, welcher bis 3 Fingerbreit an den Nabel herangeht und in das Becken bis zum Steissbein herabreicht. Corpus uteri nach rechts verdrängt, vor dem Tumor liegend, der also wesentlich der hintern Wand des Uterus aufliegt. Vom Fundus beiderseits, aber undeutlich, die Adnexe zu fühlen.

9. VI. In Narcose wird der Tumor vom hintern Scheidengewölbe mittels Probetroicarts punctiert.

Die Punction ergiebt als Inhalt tief dunkelrotes Blut von flüssiger Consistenz. — Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

14. VI. Patientin wünscht möglichst bald von ihren Leiden befreit zu sein, weshalb die Entleerung durch Incision vorgenommen wird.

In Narcose Incision auf den Tumor im hintern Scheidengewölbe, nach dessen Eröffnung sich eine beträchtliche Menge älteren, geronnenen und flüssigen Blutes entleert. Andere Gewebspartikel nicht zu entdecken. Nach völliger, teils mit der Hand vorgenommenen Entfernung der Blutcoagula Tamponade der Höhle mit Jodoformgaze. — Puls kräftig, keine Schmerzen am Tage.

20. VI. Teilweise Entleerung der eingeführten Jodoformgaze; ziemlich reichliche, blutige Secretion aus der Höhle.

28. VI. Völlige Entfernung der bei der Operation eingeführten Jodoformgaze; doch werden die Wände des Blutsacks wegen

der starken Secretion noch durch dünnen Jodoformgazestreifen offen gehalten.

29. VI. Patientin darf aufstehen. Alle 3 Tage Wechsel der Jodoformgaze unter allmählicher Kürzung.

15. VII. Wunde bis auf die oberste Schicht in der Scheidenschleimhaut geschlossen. Patientin klagt immer über Kreuzschmerzen. Hinter dem Uterus eine breite, schwartenartige Resistenz.

Massage, heisse Eingiessungen.

5. VIII. Seit mehreren Tagen keine Klagen mehr. Uterus liegt retrovertiert fixiert; hinter demselben eine noch ziemlich grosse, aber nicht schmerzhafte Resistenz. Patientin fühlt sich wohl und sieht auch sehr gut aus.

Entlassen.

XI. Fall.

Aufnahme den 11. VII.
Entlassung den 11. VIII.
G. E. 28 Jahre, Arbeiterfrau.

Menses mit 15 Jahren, regelmässig alle 4 Wochen, 10—11 Tage anhaltend, vor der Heirath schwach, nach derselben ziemlich stark. — 2 Entbindungen; letzte im August 89, beide spontan. Patientin ist beide Male am nächsten Tage ihrer Arbeit wieder nachgegangen; Weihnachten v. J. bekam Patientin eine etwa 8 Wochen andauernde Blutung. Im März und April traten die Menses in der gewohnten Weise ein. Die Regel anfangs Mai blieb aus, doch trat 10—11 Tage später eine Blutung aus den Genitalien auf, die seitdem, mit geringen Unterbrechungen, bis jetzt angehalten haben. Anfangs Juni wurde poliklinische Hülfe in Anspruch genommen, und dabei hinter dem vergrösserten Uterus eine ziemlich schmerzhafte Resistenz constatiert. Der Uterus schien ausserdem in toto etwas nach hinten verlagert und fixiert. Die ohne Narcose unternommene Untersuchung liess über die Anhänge wegen der Schmerzhaftigkeit kein sicheres Urteil bilden.

Therapie: Bettruhe, Priessnitz, Hydrastis; wodurch sich angeblich der Zustand besserte. — Vorige Woche suchte Patientin von neuem die Hülfe der Poliklinik auf, und wurde jetzt eine Geschwulst hinter dem Uterus constatiert. Eine darauf eingetretene, ziemlich heftige Blutung, wobei das Blut in Stücken abging, veranlasste Patientin sich in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Status: Gut genährt, kräftig gebaut, etwas blass.

Der normal grosse Uterus ist durch eine, die hintere Scheidenwand verdrängenden, den Douglas ausfüllenden und aus dem Becken bis fast an den Nabel heranreichenden Tumor ganz nach vorne gegen die Symphyse gedrängt und auch etwas nach oben gehoben, so dass die Portio sehr hoch steht und der Fundus uteri etwas über die Symphyse hinaufragt. Der Tumor liegt der hinteren Uteruswand fest an, sodass derselbe sich nicht abtasten lässt.

19. VII. Die in Narcose vorgenommene Probepunction vom hintern Scheidengewölbe aus ergiebt eine geringe Menge dunkleren, ältern Blutes.

21. VII. In Narcose querer, ca. 3 cm breiter Schnitt im hintern Scheidengewölbe bis zur Eröffnung des Tumors: es entleert sich eine äusserst beträchtliche Menge teils flüssigen, teils geronnenen, dunkelroten Blutes. Von letzterem werden noch grössere, an der seitlichen und obern Wand des Tumors, adhaerente Massen manuell entfernt. Die entstandene, weite Höhle, aus der es ziemlich stark blutet, wird in ausgiebigster Weise mit Jodoformgaze ausgestopft. — Patientin stark anaemisch. — Chorionzotten in den Gerinnseln nicht auffindbar. — Gegen Abend hat Patientin ziemlich heftige Schmerzen, deshalb Morfium (0,01) subcutan.

22. VII. Keine besonderen Beschwerden; Leib nicht aufgetrieben, aber auf Druck schmerzhaft.

27. VII. Kürzung der Jodoformgaze in der Wundhöhle; dieselbe intensiv durchtränkt; Ausspülung der Scheide mit Lysollösung (2 %).

31. VII. Völlige Entfernung der Gaze. Die Höhle stark collabiert; Ausspülung mit abgekochtem Wasser; erneute Einführung von Jodoformgaze.

4. VIII. Wundhöhle stark verkleinert; noch geringe, blutige Secretion. Incisionsöffnung für den Finger nicht mehr passierbar. Keine Beschwerden. Patientin darf aufstehen. Regelmässige Scheidenspülungen mit Lysol.

11. VIII. Patientin wünscht entlassen zu werden.

Incisionsöffnung noch nicht völlig geschlossen, wenig Secretion. Uterus liegt annähernd normal; hinter demselben eine breite, aber schmerzlose Resistenz. Patientin hat sich sehr gut erholt.

Zur ambulatorischen Behandlung entlassen.

Resumiere ich noch einmal das oben gesagte, so ergiebt sich folgendes:

Die expectativ-symptomatische Behandlungsweise der Haematocele retro-uterina ist, so lange man auf spontane Heilung durch Resorption hoffen kann, der chirurgischen vorzuziehen. Die chirurgische Behandlung aber ist streng indiciert:

1) wenn hohes Fieber eintritt, also sich Erscheinungen von Eiterung oder Jauchung in der Blutgeschwulst einstellen;

2) wenn die Blutgeschwulst Wochen lang in gleicher Grösse und Form bestehen bleibt, und die Kranken andauernd von heftigen Schmerzen gequält sind.

Eine Incision des Sackes von der Scheide aus mit nachfolgender Tamponade von Jodoformgaze unter allen antiseptischen und aseptischen Cautelen ausgeführt und mit der nötigen Vorsicht kann heute nicht mehr als Operation angesehen werden, an die wir mit Scheu herangehen. Sie wird oft der einzige Weg sein, den Kranken das Leben zu retten. —

Der Nachweis der Berechtigung dieses Standpunktes war der Zweck vorliegender Abhandlung.

Zum Schluss meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Frommel sowohl für die gütige Ueberlassung der Fälle als auch für die Uebernahme des Referats meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Leo Spicker, bin am 3. Juni 1872 in Elbing, Provinz Westpreussen, geboren, als Sohn des Holzmaklers Michael Spicker; besuchte daselbst das Real-Gymnasium, welches ich Ostern 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich bezog sodann die Universität Berlin, um Medizin zu studieren, wurde aber, auf Grund meines Reife-Zeugnisses vom Real-Gymnasium, in die philosophische Facultät inscribiert. Ich belegte und hörte in dieser Zeit jedoch ausschliesslich medizinische Collegs. Ostern 1891 unterzog ich mich der Nachprüfung am Kgl. Gymnasium zu Elbing und wurde ich jetzt, auf Grund dieses Ergänzungs-Reifezeugnisses in die medizinische Facultät umgeschrieben. October 1891 siedelte ich nach der Universität Greifswald über, wo ich am 19. Juli 1892, mit Erlaubnis Sr. Excellenz des z. Herrn Cultusministers, mich der ärztlichen Vorprüfung unterziehen durfte, die ich auch bestand. Ich bezog sodann auf je ein Semester die Universitäten Berlin W. S. 1892/93. Breslau: S. S. 1893. Berlin: W. S. 1893/94 und wurde Ostern 1894 an der Universität Erlangen immatriculiert, wo ich am 17. Juli die medizinische Promotionsprüfung bestand.

Während meiner bisherigen Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Alexander, Ballowitz, Bardeleben, Bergmann, Du Bois-Reymond, Eversbusch, Fassbender, Fränkel, Fritsch, Frommel, Gerhardt, Gerlach, Gerstäcker, Graser, Hartmann (†), Hauser, Hansemann, Heinecke, Hertwig, Hirschberg, Kast, Kaufmann, Kundt (†), Landois, Lassar, Lewin, Liebreich, Limpricht, Mendel, Miculicz, Munk, Noorden, Neisser, Oberbeck, Olshausen, Penzoldt, Pinner, Pfannenstiel, Rosenthal, Schimmelbusch, Schlange, Senator, Solger, Sommer, Strümpell, Virchow, Waldeyer.

Allen meinen hochverehrten Lehrern an dieser Stelle meinen besten Dank.